

FACULTE DE MEDECINE

LARIBOISIÈRE SAINT-LOUIS

PARIS VII

ANNEE 1971

N°

46

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

Philippe ROUILLEAULT

Né le 21 février 1943 à TOULOUSE (Haute-Garonne)

Présentée et soutenue publiquement le

1971

**LA SYPHILIS
au Dispensaire BROCC
de l'Hopital SAINT-LOUIS
de 1963 - 1970**

**A PROPOS DE 918 CAS DE SYPHYLIS PRIMO-SECONDAIRES
ET DE 479 CAS DE SYPHILIS SEROLOGIQUES**

PRESIDENT : M. F.P. MERKLEN, Professeur



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41556018_0025

FACULTE DE MEDECINE

LARIBOISIERE SAINT-LOUIS

PARIS VII

ANNEE 1971

N°

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

Philippe ROUILLEAULT

Né le 21 février 1943 à TOULOUSE (Haute-Garonne)

Présentée et soutenue publiquement le

1971

**LA SYPHILIS
au Dispensaire BROCC
de l'Hopital SAINT-LOUIS
de 1963 - 1970**

A PROPOS DE 918 CAS DE SYPHYLIS PRIMO-SECONDAIRES

ET DE 479 CAS DE SYPHILIS SEROLOGIQUES

PRESIDENT : M. F.P. MERKLEN, Professeur

LA SYPHILIS
au Dispensaire BROCC
de l'Hopital SAINT LOUIS
de 1963 - 1970

A PROPOS DE 918 CAS DE SYPHILIS PRIMO-SECONDAIRES
ET DE 479 CAS DE SYPHILIS SEROLOGIQUES

A mon père

A ma mère

A mes grands-parents

A ma femme

A mon fils

A Monsieur le Professeur F.P. MERKLEN

Professeur de la Chaire de Pathologie Expérimentale à
la Faculté de Médecine de PARIS

Membre de l'Académie Nationale de Médecine

Médecin de l'Hopital SAINT-LOUIS

en témoignage de ma respectueuse admiration et de
mes sentiments reconnaissants pour les conseils
judicieux qu'il m'a toujours prodigués ainsi que
de l'honneur qu'il m'a fait d'accepter la présidence
de cette thèse.

A Monsieur le Professeur F. COTTENOT

avec ma respectueuse déférence et toute mon
admiration pour son enseignement dispensé
avec un rare talent pédagogique.

A Monsieur le Professeur J. HEWITT

avec l'expression de ma gratitude pour l'accueil
qu'il a bien voulu me réserver et l'enseignement
qu'il m'a donné pour mon plus grand profit.

A Monsieur R. GICQUEL

Chef de Service Administratif du Centre de Médecine
Préventive de l'Université de Paris

A Monsieur le Docteur J. MICHOLET

Médecin Chef de la Prévention Générale - Examens
de Santé de la Caisse Primaire Centrale
d'Assurance Maladie de la Région Parisienne

A Monsieur H. VEIGA-PIRES

Statisticien de la Section Maladies Transmissibles
de l'Institut National de la Santé et de la
Recherche Médicale

A Monsieur VIDAL

Administrateur Civil du Ministère des Affaires
Sociales
Chef du Bureau d'Informations statistiques sur
l'Immigration

qui m'ont ouvert leurs services de façon si
cordiale et m'ont permis d'avoir accès à
leur documentation

CHAPITRE 1.

EPIDEMIOLOGIE



INTRODUCTION



La présente étude s'est efforcée de dresser le bilan des huit dernières années d'activité du dispensaire antisyphilitique du Pavillon BROCC de l'HOPITAL SAINT-LOUIS, en ce qui concerne l'épidémiologie et les méthodes de traitement spécialement utilisées.

Pour effectuer cette analyse, toutes les informations recueillies dans le service ont été mises sur cartes perforées, en employant le code mis au point dans la thèse de B. LAMOURE. L'importance numérique des malades, ainsi que le nombre de renseignements qui les concernaient, imposaient en effet un traitement mécanographique.

Cette méthode a permis et permettra éventuellement dans l'avenir, la recherche rapide d'un paramètre précis, en même temps que son exploitation statistique par tris croisés.

L'utilisation de cartes perforées constitue en outre, un moyen de stockage d'informations considérables sous un volume très faible. Il est toujours possible d'ajouter des paramètres nouveaux et c'est ce que nous avons fait nous-mêmes en introduisant la notion " perdu de vue ", pour certains malades, car beaucoup sont malheureusement inconscients dans la poursuite de leur traitement ou refusent ce dernier.

CHAPITRE 1.

EPIDEMIOLOGIE

EPIDEMIOLOGIE

I - FREQUENCE COMPAREE DU DEPISTAGE SELON LES PHASES DE LA MALADIE, L'ANNEE, LE MOIS.

Sur l'ensemble des huit dernières années, 1.405 dossiers ont été dépouillés.

Selon la phase de la maladie à laquelle le diagnostic a été fait, et le traitement entrepris, ont été comptabilisés :

- . 572 malades atteints de syphilis primaire
- . 346 malades atteints de syphilis secondaire
- . 479 malades atteints de syphilis sérologique
- . 8 malades atteints de syphilis tertiaire

La grande majorité des malades (2/3) consulte ainsi au stade primo-secondaire, mais une proportion non négligeable est adressée au dispensaire après signalement ou enquête devant une sérologie positive. Enfin, au cours des années considérées, un traitement a été institué sur un nombre très réduit de syphilis tertiaires.

Nous pensons que les B.W. pratiqués systématiquement à l'occasion d'une visite médicale (*pré-nuptiale, prénatale, d'embauche, de naturalisation, de la Sécurité Sociale, etc*) et dans une certaine mesure, l'éducation du public, amènent les malades à consulter, et à être traité avant le stade de syphilis tertiaire.

NOMBRE DE CAS NOUVEAUX, PAR ANNEE ET PAR TYPE DE SYPHILIS
EXPRIME EN CHIFFRES ABSOLUS ET EN POURCENTAGE DE LA
TOTALITE DES CAS, ANNEE PAR ANNEE DU TYPE CONSIDERE

	1963 N %	1964 N %	1965 N %	1966 N %	1967 N %	1968 N %	1969 N %	1970 N %	TOTAL
. Syphilis primaire Séro négative	14 17%	11 14%	8 10%	11 14%	6 7%	10 13%	11 14%	9 11%	80
. Syphilis primaire Séro positive	87 18%	75 15%	75 15%	60 12%	64 13%	50 10%	48 10%	33 7%	492
. Syphilis secondaire avec signes persis- tants de syphilis primaire	21 29%	13 18%	6 8%	8 11%	2 3%	3 4%	9 13%	10 14%	72
.. Syphilis secondaire	43 16%	56 20%	37 14%	36 13%	34 12%	29 11%	19 7%	20 7%	274
. Syphilis tertiaire	1	3	2	1	0	0	1	0	8
. Syphilis sérologique	39 8%	48 10%	58 13%	44 9%	49 10%	71 15%	98 20%	72 15%	479
TOTAL	205	206	186	160	155	163	185	144	1.405

NOMBRE DE NOUVEAUX CONSULTANTS PAR ANNEE ET PAR MOIS

SYPHILIS PRIMAIRE

	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	TOTAL
. Janvier	23	16	8	4	8	4	6	3	62
. Février	3	5	4	4	4	3	5	5	33
. Mars	12	6	7	6	4	2	4	5	46
. Avril	13	15	9	4	5	2	5	5	58
. Mai	5	4	8	5	4	5	4	2	37
. Juin	10	6	2	9	7	4	4	1	43
. Juillet	6	10	12	6	1	5	7?	2	49
. Août	10	8	9	8	8	12	10	1	66
. Septembre ...	3	6	5	7	7	5	2	4	39
. Octobre	7	6	10	9	12	5	4	6	59
. Novembre	6	6	9	5	5	6	6	6	49
. Décembre	3	8	-	7	5	4	2	2	31
TOTAL	101	86	83	74	70	57	59	42	572

NOMBRE DE NOUVEAUX CONSULTANTS PAR ANNEE ET PAR MOIS

SYPHILIS SECONDAIRE

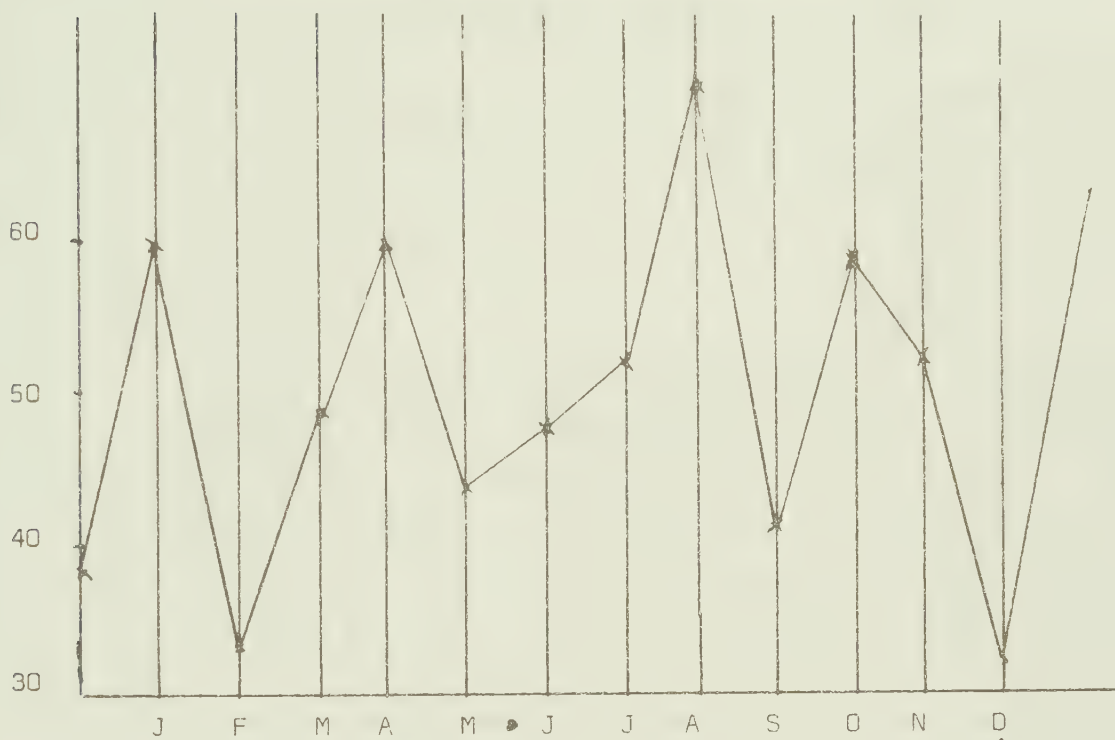
	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	TOTAL
. Janvier	8	4	6	4	4	3	4	1	34
. Février	9	10	4	3	3	2	1	-	32
. Mars	1	8	7	5	-	3	5	3	32
. Avril	8	3	4	4	3	5	3	4	34
. Mai	3	5	-	3	1	1	1	2	16
. Juin	8	6	4	7	2	4	2	-	29
. Juillet	5	1	8	2	7	3	1	1	28
. Août	3	1	2	1	2	1	3	1	14
. Septembre	4	3	2	3	4	5	1	6	34
. Octobre	3	6	1	5	7	6	2	3	33
. Novembre	6	6	1	2	2	2	3	5	27
. Décembre	6	10	4	5	1	1	2	4	33
TOTAL ...	64	69	43	44	36	32	28	30	346

NOMBRE DE NOUVEAUX CONSULTANTS PAR ANNEE

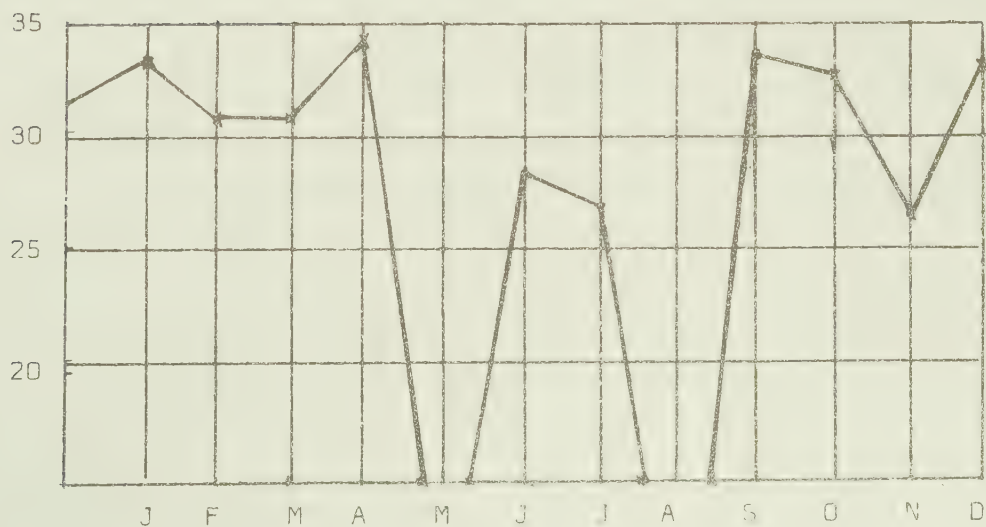
SYPHILIS PRIMO-SECONDAIRE

1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970
165	155	126	115	106	89	87	70

FREQUENCE DES CONSULTANTS NOUVEAUX PAR MOIS
AU COURS DES 8 DERNIERES ANNEES



COURBE DES CONSULTANTS PAR MOIS SUR 8 ANNEES
SYPHILIS SECONDAIRE



Ces courbes amènent les commentaires suivants :

. En ce qui concerne le dépistage des **syphilis primaires**, sont observés 4 maxima (Janvier, Avril, Août, Octobre), ce qui cadre avec des contagés ayant eu lieu pendant des périodes de vacances ou de festivités : Noël, Pâques, Juillet, Septembre.

. En ce qui concerne les **syphilis secondaires**, il y a eu une remarquable stabilité du nombre des consultants, environ de **4 par mois**, avec 2 seulement pour les mois de Mai et Août ; toutefois, la date de contagé à leur sujet pouvant être moins bien précisée que dans le cas des **syphilis primaires**, il n'a pu être trouvé de signification à ces deux maxima de Mai et Août. Ce dernier pourrait correspondre à une diminution passagère de la population parisienne pendant ce mois, ce qui ne fait que renforcer la signification du maxima de diagnostic de **syphilis primaires** à la même époque.

Sur la période considérée, nous constatons une certaine stabilité du nombre des **syphilis primaires sérologiques**, qui contraste avec la diminution croissante du nombre global des consultants pour **syphilis primaire** . Le pourcentage des **syphilis primaires séronégatives** par rapport aux **séropositives** croît donc, ce qui semble témoigner d'une plus grande attention des malades à l'apparition d'un chancre : plutôt que le résultat d'une meilleure éducation sanitaire sur les maladies vénériennes, ceci semble le reflet de préoccupations médicales plus développées.

Le nombre de **syphilis primaires** est en diminution constante ; par contre, celui des **syphilis secondaires**, après avoir suivi

Le nombre de syphilis primaires est en diminution constante par contre celui des syphilis secondaires , après avoir suivi la décroissance des syphilis primaires, semble amorcer une reprise. Si en 1961, le Professeur DEGOS ne notait que 88 chancres sur 253 syphilis primo-secondaires, soit 35% seulement des cas. Il n'en reste pas moins que le stade primaire passe souvent inaperçu, ce qui constitue un point sombre dans la lutte pour l'éradication de la maladie. Plus il s'écoule de temps entre le contagé et le diagnostic, et plus augmente le nombre de sujets contacts rendant ainsi difficiles et aléatoires, les enquêtes des Assistantes Sociales.

Enfin , le nombre des syphilis sérologiques est en plein accroissement de 1963 à 1970, ce qui paraît bien confirmer que nombre de phases primaires et mêmes secondaires passent inaperçues.

2). FREQUENCE COMPAREE DES CONSULTATIONS DES SYPHILIS PRIMAIRES, SECONDAIRES ET SEROLOGIQUES EN FONCTION DU SEXE

Nombre de cas et pourcentage dans le type correspondant

Type de Syphilis	Hommes %	Femmes %	Total
. Primaires ...	515 92%	47 8%	562
. Secondaires ..	221 64%	125 36%	346
. Sérologiques .	331 69%	138 31%	479

Nombre de consultants en phase primaire ou secondaire durant la période étudiée au dispensaire BROCCQ

Type de Syphilis	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970
. Primaire	17	14	5	5	4	3	3	1
. Secondaire	38	22	9	17	13	11	15	14

- A été observée ces dernières années au Dispensaire BROCCQ, une diminution des consultations féminines en syphilis primaire et parallèlement, après la baisse des 3 premières années, une stabilisation du nombre des dépistages en phase secondaire. Le Docteur SCHMEITZKI notait déjà en 1968 d'après la documentation de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (I.N.S.E.R.M.) portant sur une longue période, 71,1% des femmes syphilitiques ne sont pas décelées à la phase initiale (95% selon le Professeur DEGOS).

3-) FREQUENCE COMPAREE DES CONSULTATIONS DES SYPHILIS EN FONCTION DE L AGE

Nombre de cas enregistrés en fonction de la phase de la
maladie et de l'âge des malades

Types de Syphilis	15-17	18-20	21-30	31-50	51-60	61-70	70
. Primaires ...	9	46	261	204	30	12	-
. Secondaires	3	32	154	120	16	19	2
. Sérologiques	4	31	216	183	36	8	1

Il y a une prédominance très nette des sujets de 21 à 30 ans, ce qui correspond très probablement à une activité sexuelle généralement plus prononcée que dans les autres tranches d'âges.

Consultants de moins de 20 ans dépistés au Dispensaire BROCO
de 1963 à 1970 avec rappel des phases de leur maladie

Age	Syphilis	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970
0 à 14		0	0	0	0	0	0	0	0
15 à 17	Primaires ...	4	1	1	0	0	1	1	0
									
	Secondaires .		1						
									
	Sérologiques ..	1					1		
									
	Total	5	2	1	0	0	1	1	0
18 à 20	Primaires ..	7	6	3	10	6	2	1	5
									
	Secondaires .	7	6	1	3	4	8	2	
									
	Sérologiques .	3	3	4	5	6	3		
									
	Total	17	15	8	18	16	13	3	5

En valeur relative, il y a au cours de ces années successives, une diminution du nombre des consultants chez les moins de 20 ans, contrairement à ce qui est mis en évidence dans les statistiques effectuées dans les pays anglo-saxons. En revanche, si nous avons enregistré une primo-infection syphilitique chez une malade entrant dans sa 65ème année, nous n'avons pas observé de syphilis très précoce ou de " *cas limites* " comme celui rapporté par l'OMS de cette jeune américaine de 14 ans contaminant 14 sujets dont la moyenne d'âge fut de 10,1 ans .

4) . FREQUENCE COMPAREE DES CONSULTATIONS EN FONCTION DE L'ETHNIE

Tout au long de ces huit dernières années, nous assistons à une diminution constante des **syphilis primaires** pour l'ensemble des catégories ethniques. La diminution des **syphilis secondaires** diagnostiquées chez les Nord-Africains semble particulièrement importante.

Nombre de consultants d'origine Nord-Africaine
dépistés en phase primaire et secondaire au Pavillon BROCC
de 1963 à 1970

	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970
Syphilis primaires	22	17	24	13	17	20	15	12
Syphilis secondaires	14	12	4	6	7	5	3	4

En ce qui concerne les **syphilis sérologiques**, il est à noter une augmentation de découverte chez les Métropolitains et plus encore chez les Nord-Africains (essentiellement des Algériens), les Africains francophones et les "*Européens*" (*essentiellement des Hispano-Lusitaniens*). Ces augmentations sont le résultat d'une détection meilleure par la pratique des **sérologies systématiques**, mais aussi sans doute de l'immigration clandestine spontanée de population venant de zones de **syphilis endémique** (*SENEGAL 1963 : 7.537 syphilis primo-secondaires déclarées, 156.945 syphilis recensées pour 3,4 millions d'habitants , MALI 1963 : 5.024 syphilis primo-secondaires déclarées pour une population de 4,4 millions*).

Nombre de SYPHILIS dépistées au Pavillon BROCC de 1963 à 1970
en fonction de la phase de la maladie et de l'origine ethnique
et pourcentage par rapport à chaque type

Type de Syphilis	Français %	Nord-Africains %	Africains %	Outre-Mer %	Européens %	Autres %
. Primaires ...	298 53	146 26	35 6	7 1	69 13	7 1
. Secondaires..	241 70	53 15	13 4	8 2	28 8	3 1
. Sérologiques.	195 40	96 20	87 18	39 8	61 13	2 1
. Total	734 53	295 21	135 10	53 4	158 12	12 1

Afin de pouvoir comparer ces différents chiffres, il faut tenir compte de la place occupée en métropole par les diverses ethnies.

Les statistiques de l'Office National d'Immigration donnent les renseignements suivants :

1°). En ce qui concerne les Nord-Africains :

Au 26 janvier 1971, 693.130 algériens résidaient officiellement en France, représentant 1,4% de la population française.

La clientèle de notre dispensaire est composée d'Algériens dans une forte proportion (26% de *syphilis primaires*, 15% de *secondaires*, et 20% de *sérologiques*).

Mais de multiples facteurs conditionnent l'importance relative des consultants nord-africains dans un dispensaire parisien.

- a). - Une proportion importante des algériens se fixent électivement dans la région de Paris,
- b). - La clientèle d'un dispensaire hospitalier est constituée d'une catégorie aux revenus souvent particulièrement modestes,
- c). - L'âge moyen de la population algérienne en France, explique que les contacts sexuels y soient plus fréquents, et partant le risque de contagion s'y trouve augmenté. 88% des Algériens vivants en France ont entre 21 et 50 ans, alors que cette tranche d'âge ne représente que 39,8% de la population générale française.
- d). - L'absence de population féminine - il n'y a que 12,5% de femmes parmi eux et en 1970 notamment, 2% seulement d'Algériens ont immigré avec leur famille - en fait une clientèle privilégiée pour les prostituées.
Une grande proportion d'Algériens traités dans le service s'est d'ailleurs avérée contaminé par ces dernières.

e). - Certaines syphilis enfin, pourraient être importées, car la maladie est plus répandue en Afrique du Nord que dans notre pays (11,9 syphilis précoces par tranche de 100.000 habitants en Afrique du Nord, 9,8 en France); cette dernière cause semble cependant rejetée par le Docteur MARTIN-BOUYER (1967) d'après les sondages médicaux aux frontières.

2°). En ce qui concerne les Hispano-Lusitaniens :

Les Hispano-Lusitaniens représentent 0,6% de la population française (Au dispensaire BROCCQ 13% des syphilis primaires, 8% des secondaires, et 13% des sérologiques).

L'immigration des portugais a été particulièrement importante ces dernières années. En 1968, l'Office National d'Immigration en enregistrait 303.160 de plus de 16 ans, soit 670% d'augmentation par rapport au précédent recensement de 1962, et il convient selon le Ministère du Travail d'augmenter quelque peu ce chiffre, car nombre de Portugais entrent clandestinement en France et échappent à tout contrôle.

Cette catégorie ethnique est soumise aux mêmes facteurs que ceux de la population Algérienne, encore que les Hispano-Lusitaniens font souvent venir leurs épouses et leurs enfants et vivent de façon généralement plus familiale (45% des Espagnols et 49% des Portugais ont immigré avec leur famille en 1970).

3°). Le nombre de Noirs, d'origine francophone, vivants en France est très difficile à apprécier.

Le recensement de 1968 fait état de 14.460 (Maliens *représentant 40%*, Mauritaniens et Sénégalais 60%), soit une progression de 320% par rapport au recensement de 1962, augmentation qui est surtout le fait, d'ailleurs, des Maliens : + 900%.

En fait, les conditions dans lesquelles vit cette population en France ont rendu le travail des agents recenseurs particulièrement difficile, et l'ensemble de la population noire n'a pu être comptabilisé avec précision ; la marge d'erreur estimée à leur sujet est voisine de 20%. Ces travailleurs désinsérés de leurs cadres d'origine et transplantés sont strictement composés d'hommes. Ils sont en grande partie établis dans la région parisienne, et en Provence-Côte-d'Azur.

Au dispensaire BROCCQ, la plupart des Africains qui sont traités sont Maliens ; ils représentent 6% *des syphilis primaires*, 4% *des secondaires* et 18% *des sérologiques*, avec l'imprécision de possibles séquelles sérologiques de Pian.

La population immigrée en provenance d'Algérie fait des séjours très prolongés en France, puisque au 1er janvier 1969, 80% des Algériens qui avaient demandé un certificat de résidence, avaient déclaré qu'ils étaient entrés en France avant l'indépendance, c'est-à-dire depuis plus de 6 ans.

Les noirs francophones sont par contre beaucoup plus mobiles, et si l'Office National d'Immigration n'enregistre un solde entre les entrées et les sorties du territoire de - 1.532 en 1968, + 688 en 1969 et - 543 en 1970, les entrées sont respectivement de 10.149, 12.970, et 8.887. Etant donné la faible durée des séjours, les services médicaux français, jouent surtout pour eux un rôle de dépistage, alors que les traitements entrepris sur les Algériens ont beaucoup de chance d'arriver à leur terme.

Vis à vis de la population totale, il est indéniable que la main d'oeuvre étrangère constitue un important foyer de morbidité : ainsi en atteste la fréquence des réactions séro-positives, qui pour l'ensemble de la population française est voisine de 1% pour le Docteur GRENIER (*dépistage de la syphilis aux examens systématiques de la Sécurité Sociale*), 1% pour TOURAINE en 1955, proche de 1% pour DAGUET en 1964, alors que le taux pour les travailleurs étrangers est près du triple : 2,7 en 1964 (I.N.S.E.R.M.), et compris entre 2 et 3% pour le Professeur DEGOS.

En fait, il y a certainement des remèdes possibles à apporter à la morbidité des travailleurs étrangers.

Les Docteurs SEPETJIAN, AVON, BONDET et THIVOLET (*étude épidémiologique de la syphilis précoce de 1959 à 1966*), constatent que le taux d'accroissement de la syphilis dans les milieux militaires américains diminue, contrairement à ce qui se passe dans les milieux civils, et qu'il en est de même si l'on tient compte des statistiques des hopitaux militaires français. Ils concluent :

" en fait, la désinsertion au milieu d'origine et la transplantation ne semblent pas suffisantes pour expliquer une recrudescence, puisque l'augmentation est moins marquée dans les statistiques militaires (cela, sans doute, peut s'expliquer par le contrôle sanitaire strict et efficace exercé par le Service de Santé des Armées) ".

Au Pavillon BROCCQ, de 1963 à 1970, le nombre de consultants par fractions ethniques et par année a été le suivant :

	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970
. Français Métropolitains.	137	129	100	90	80	78	74	63
. Français d'Outre-Mer ...	3	9	9	12	9	5	5	3
. Européens	26	17	17	21	19	20	29	21
. Nord-Africains..	40	44	38	30	30	37	29	35
. Noirs- Africains	13	16	20	8	8	17	31	22
. Divers	1	2	0	0	0	3	5	1
TOTAL	220	217	184	161	146	160	173	145

En valeur absolue, ces chiffres ne peuvent d'ailleurs être difficilement comparés. En effet, le nombre des consultants chaque année est loin d'être constant, puisqu'il est égal à 182 ± 38 malades.

Cependant les pourcentages par année peuvent être plus facilement analysés

Pourcentages par année

	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970
. Français Métropolitains	62	60	54	56	55	49	42	44
. Français d'Outre-Mer ...	1	4	5	7	6	3	3	2
. Européens	12	8	9	13	13	13	17	14
. Nord- Africains	18	21	21	19	21	23	17	24
. Noirs Africains ...	6	6	11	5	5	10	18	15
. Divers	1	1	0	0	0	2	3	1

En ce qui concerne les Français de métropole, avant 1963, ils formaient plus de 60% des consultants leur pourcentage diminua régulièrement pour être maintenant un peu supérieur à 40%.

La proportion de malades venant des départements d'Outre-Mer varie de façon assez irrégulière.

Le pourcentage d'Européens est composé presque exclusivement d'Hispano-Lusitaniens ; après avoir amorcé une descente en 1964 et 1965, il semble se stabiliser à un niveau relativement élevé : 15% des consultants. Si depuis 1962, l'Office National d'Immigration enregistre une diminution importante de l'immigration espagnole (63.535 *immigrés espagnols en 1962 et 9.510 pour les six premiers mois de 1970*); l'importation de main d'oeuvre portugaise est depuis l'accord du 31 décembre 1963 entre Paris et Lisbonne en plein essor (12.916 *immigrés Portugais en 1962 et 48.168 pour les six premiers mois de 1970*).

En ce qui concerne les Nord-Africains consultants au dispensaire, l'étude entreprise ici est postérieure à l'indépendance politique Algérienne (Juin 1962), et leur pourcentage est resté toujours inférieur au quart de l'ensemble des consultants.

Il en va tout autrement en ce qui concerne les Noirs Africains. En 1968, leur pourcentage a doublé par rapport à celui des années 1966 et 1967 et depuis a au moins triplé. On peut en rapprocher une immigration récemment importante de Maliens et le diagnostic porté est dans un grand nombre de cas purement sérologique.

Nombre de découvertes cliniques ou sérologiques par année,
pour les Noirs-Africains

	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970
. Syphilis primo-secondaire ...	11	13	8	2	4	2	0	7
. Découvertes sérologiques	2	3	12	6	4	15	31	15

Ces découvertes sérologiques correspondent-elles bien à une syphilis ?

En fait, elles ne permettent que de porter le diagnostic de tréponématose et la méconnaissance générale de la langue française interdit le plus souvent de préciser un diagnostic différentiel possible avec une séquelle sérologique de Pian.

Ainsi le chiffre élevé des Noirs Africains vus au dispensaire BROCC ces trois dernières années ne doit être retenu dans les tableaux ci-dessus qu'avec de grandes réserves.

5°). ENQUETE EPIDEMIOLOGIQUE

a). Raisons qui amènent le malade à consulter

Les malades dont la syphilis est diagnostiquée en période **primo-secondaire** viennent pour les accidents qu'ils présentent ou parce que leurs partenaires sont traités.

En ce qui concerne ceux qui commencent le traitement en **phase sérologique**, ils sont signalés par la Préfecture, ou adressés par des médecins de ville ou hospitaliers, pour la découverte fortuite d'une **sérologie positive** à l'occasion d'un B.W. systématique ; parfois leur convocation résulte d'une enquête de l'Assistance Sociale.

D'autres, enfin, sont envoyés après une **sérologie prénuptiale** ou **prénatale** : le dispensaire a ainsi traité, ces huit dernières années, 17 femmes en cours de gestation, et 36 personnes pour une **sérologie positive** dépistée à l'occasion d'un B.W. prénuptial.

b). L'origine du contagé dans les syphilis primo-secondaire

L'origine des contaminations reste trop souvent imprécise.

En effet, les malades se confient difficilement, certains parlent mal notre langue, et la plupart ont un comportement égocentrique qui ne facilite pas la tâche du service social : s'ils ont été contaminés, ils n'ont pas conscience ou se soucient peu d'être devenus des agents contaminateurs.

- Cependant a pu être précisé le contage de 353 malades (sur 908 dossiers).

Contage avec :	Nombre et pourcentage entre 1963/1968	Nombre et pourcentage entre 1969/1970	TOTAL 1963/ 1970
. Professionnelle	98 soit 42%	31 soit 27%	129 soit 36%
. Fille de rencontre ...	69 " 29%	25 " 22%	94 " 27%
. Partenaire habituelle ...	22 " 9%	19 " 17%	41 " 12%
. Partenaire habituel	14 " 5%	15 " 13%	33 " 9%
. Contage conjugal	19 " 8%	14 " 13%	33 " 9%
. Homosexuel	18 " 7%	9 " 8%	27 " 7%
	240 100%	113 100%	353 " 100

Ces chiffres appellent quelques commentaires, bien que ces données concernant à peine plus du tiers des consultants et que les renseignements donnés aux assistantes sociales ne doivent être acceptés qu'avec certaines réserves : les chiffres relevés sont très vraisemblablement sous-estimés en ce qui concerne les homosexuels.

Le contage d'origine prostitutionnelle semble au dispensaire BROCCQ en diminution apparente de pourcentage , ce qui est conforme aux statistiques de l'I.N.S.E.R.M. Mais la prostitution reste encore indiscutablement un très important réservoir de tréponèmes et une source de propagation de la maladie.

Le terme de prostitution est souvent fort mal précisé dans l'esprit du malade, P. ROBERT, dans son dictionnaire, en donne la définition suivante :

- 1). *Pratique de la débauche (en parlant d'une femme)*
- 2). *Le fait de "livrer son corps aux plaisirs sexuels d'autrui pour de l'argent" et d'en faire métier.* -

En fait, la rétribution obligatoire, automatique et immédiate de l'acte sexuel pratiqué " *sine delectu* " ne suffisent plus à définir actuellement la prostituée.

Certaines d'entre elles ne demandent pas directement de l'argent, et sont qualifiées par le malade d'amies de rencontre.

L'amie de rencontre, et même la partenaire qualifiée d'habituelle ne sont-elles pas, en fait, bien souvent, des prostituées plus ou moins clandestines que la fierté ou les contraintes morales du malade obligent à dissimuler sous des définitions équivoques.

Quoiqu'il en soit, à l'heure actuelle, une baisse de potentialité de la contamination de la part des prostituées peut être due à des causes diverses :

- Utilisation par les prostituées de traitements prophylactiques,
- transformation du métier, et diminution du nombre de clients/journée,
- relâchement assez général des mœurs qui rend inutile le recours aux prostituées.

Cependant, cette baisse devrait être plus importante encore du fait de la suppression officielle de la prostitution. La Loi du 13 Avril 1946 sur la fermeture des maisons closes et l'ordonnance du 25 Novembre 1960 sur la suppression du contrôle sanitaire périodique des prostituées, apparemment justifiées du point de vue social, ont en fait constitué un facteur de régression dans la lutte pour l'éradication de la syphilis (comme en témoigne l'expérience T., effectuée à Toulouse à partir du mois d'avril 1964, où pendant plusieurs mois un contrôle strict fut effectué en liaison avec les forces de l'ordre : Dr. CANTALOUBE, Thèse 1966).

Si l'on excepte des lieux tout à fait particuliers comme les ports de guerre, où le rôle des escales avec syphilis importée est important (à l'hôpital maritime Sainte-Anne, de TOULON, 88% des contaminés en 1963 le furent par des prostituées : J. DULUC, F. LABOUDRE, J. BARREAU), on peut penser qu'en France, moins de 30% des contagés syphilitiques sont le fait de professionnelles, et que ce chiffre est en diminution constante.

Le rôle des rapports libres dans le contagé, amies de rencontre et partenaires habituels semble avoir de plus en plus d'importance.

Si, entre 1963 et 1968, 42% des contagés avoués au dispensaire sont le fait d'une prostituée, 29% reviennent à la fille de rencontre, 9% à la partenaire habituelle, et 5% au partenaire habituel. En 1969 et 1970, les pourcentages sont respectivement 22%, 17%, et 13% alors que les prostituées ne représentent que 27% des contagés.

Le rôle de l'amie de rencontre est de plus en plus grand dans les contaminations vénériennes.

L'augmentation de cette sorte de contagé est due à de multiples facteurs sociologiques, comme la libération actuelle des moeurs, la précocité des rapports sexuels, l'extension du tourisme et la mixité des séjours de vacances, la vie dans les grands ensembles, car *"le partenaire se méfie moins de ces amies désintéressées, et il est difficile de rechercher ces contaminations accidentelles"*.

L'homosexualité dans le contagé représente 7% des syphilis primo-secondaires du dispensaire entre 1963 et 1968, et 8% en 1969 et 1970, mais ces résultats sont sans nul doute inférieurs à la réalité.

On rencontre là, en effet, dans les enquêtes les plus grosses difficultés. La société culpabilise ces malades qui, dès lors, ont tendance à masquer leurs inclinations, et les enquêtes des Assistantes Sociales s'en trouvent perturbées. Dans les pays où l'homosexualité semble plus ou moins admise, les statistiques font d'ailleurs apparaître un pourcentage plus élevé de contaminations par ce mode ; la levée même des tabous déculpabilise l'homosexuel, qui se rend plus volontiers que chez nous à une consultation de **vénéréologie**.

Faut-il signaler que dans les bulletins qu'elle publie, l'I.N.S.E.R.M. ne mentionne pas cette possibilité de contamination ; néanmoins, tous les services constatent la proportion de plus en plus grande de cette catégorie de malades.

La Ligue Nationale contre le **péril vénérien** avance des chiffres proches de ceux que nous avons pu constater : moins de **10% des cas**, note-t-elle. Cependant TOURAINE avait

constaté que le pourcentage de **chancres anaux** était passé de **4,6%** en 1951-1953 à **18,2%** en 1957-1959 ; et le pourcentage au **Val-de-Grâce** en 1964-1966 était de **10%**, alors qu'il n'était que de **2%** avant 1939.

Dans les pays Anglo-Saxons, en revanche les chiffres sont fondamentalement différents. Certaines statistiques américaines (1962) font apparaître que jusqu'à **69%** des hommes atteints de syphilis se livrent à des pratiques homosexuelles; en Angleterre, en 1962 , **31,6%**, et à Copenhague, en 1961, **25%**.

Rôle des contagés conjugaux

Les pourcentages notés sont entre 1963 et 1968 de **8%**, et en 1969 - 1970 de **14%**. Il semble que la femme soit beaucoup plus souvent contaminée par l'homme; mais il est souvent difficile d'en avoir la certitude, car il s'agit là d'un épisode douloureux de l'existence du couple, généralement prélude d'une action en divorce, de sorte que chaque conjoint pris séparément, cherche à faire du médecin son allié, et accuse son partenaire, en adoptant déjà l'attitude qu'il aura en justice.

c). Recontaminations

Parmi les malades qui ont été fidèlement suivis pendant de nombreuses années, **12** ont été atteints par **deux ou plusieurs** syphilis successives après guérison sérologique .

Origine du contagé des ré-infections

. Prostituée	1
. Contage d'origine prostitutionnelle	5
. Homosexuels	4
. Fille de rencontre	2
Total	12

La moitié d'entre eux occupaient un emploi en contact direct avec le public (*commerçant, maître d'hôtel ...*), et, très fatalistes, expliquaient leur recontamination par les obligations de leurs emplois. Il s'agissait, selon eux, d'une *maladie professionnelle*.

Deux de ces malades furent contaminés 3 fois, l'un par des prostituées, l'autre par des homosexuels.

Il s'agit de malades "*vagabonds sexuels*", et souvent transplantés (6 sur 12). Nous n'avons noté qu'une **syphiliphobie** discrète chez ces recontaminés. Cette peur "*est essentiellement narcissique : sensation de tare, mais la maladie est acceptée comme rançon normale du mode de vie, et n'influe que très peu sur l'activité sexuelle*". Dr. RACT.

Tous ces malades deviennent vite très informés des dangers que présentent les maladies vénériennes, et, lors de leur réinfection, ils consultent tous dès l'apparition du chancre (*seule une femme est venue consulter en phase secondaire*). Ceci illustre bien qu'une éducation générale concernant les maladies vénériennes devrait être développée.

La population reste très ignorante sur ce sujet. Dans l'armée, la moitié des jeunes recrues n'ont jamais entendu parler de syphilis (*enquête du Professeur MANY 1967*), et il est fort probable que les notions de ceux qui se prétendent instruits doivent être plus que précaires si elles ne sont pas entièrement fausses.

Comme en témoignent les nombreuses observations de syphilis "*ping-pong*", cette maladie est une maladie du couple. Instruire la moitié de la population, soit masculine (61% des positivités syphilitiques d'après la Sécurité Sociale) - soit féminine (49% des positivités) serait déjà un grand progrès dans la lutte pour l'éradication de la syphilis. Il ne semble pas qu'il soit réalisable de le faire en France, en 1971, à la fin de la scolarité obligatoire, car cela supposerait qu'une éducation sexuelle des jeunes soit entreprise, ce qui soulèverait peut-être de vives réactions à ce projet.

Par contre, les médecins militaires pourraient se charger de cette tâche pédagogique, et informer les jeunes appelés, non pas à leur arrivée au Corps, puisque 40% sont actuellement réformés avant d'accomplir leur service militaire, mais dans les centres de sélection, qui voient défiler l'ensemble de la population française masculine. Cela serait un complément utile à l'examen médical et aux tests psychotechniques. Le public serait ainsi averti, des dangers encourus du fait des maladies vénériennes, et de la nécessité d'un diagnostic précoce et d'un traitement bien conduit.

CHAPITRE 2

Les Examens complémentaires -



Eléments du diagnostic -



EXAMEN AU MICROSCOPE A FOND NOIR

Il s'agit là d'un des éléments essentiels du diagnostic de syphilis récente . S'il ne permet pas toujours d'infirmier le diagnostic de syphilis, il convient parfaitement pour confirmer une suspicion.

Son intérêt est, sa précocité et sa rapidité : il peut être positif 20 jours après le contag. Résultant d'un examen à lecture directe , il offre la possibilité au thérapeute de commencer sur l'heure le traitement, à un stade de la maladie où les réactions sérologiques seraient encore négatives.

Cependant, une mauvaise technique de prélèvement et de lecture, une application malencontreuse de pommade antiseptique, spécialement antibiotique, sont susceptibles de retarder le diagnostic, donc le début du traitement.

C'est à celà qu'il faut attribuer les résultats suivants :

. entre 1963 et 1968, 483 malades furent examinés, et l'on constata 63% de positifs.

. en 1969, il fut procédé à 66 examens au microscope à fond noir ; le pourcentage de résultats positifs fut de 53% des cas, mais dans les syphilis primaires, on observa 67% de résultats positifs et même 91% en phase séronégative, ce qui inclinerait à dire que les lésions, à ce stade, sont plus riches en tréponèmes qu'à une période plus tardive.

Cependant, le pourcentage des résultats positifs décroît d'année en année, ce qui semble un peu décevant. Trop de malades ont avoué avoir appliqué un médicament sur la lésion ; la grande variété de poudres et pommades diverses conservées en de vastes pharmacies personnelles, et la trop grande facilité avec laquelle certains pharmaciens délivrent des pommades contenant un antibiotique, voire de la pénicilline, sont à l'origine d'une négativité locale des foyers d'infections syphilitiques.

En 1970, les résultats dans la mise en évidence du tréponème furent encore moins brillants, mais il fut constaté que de plus en plus le malade ou même son médecin, appliquent sur les lésions, trois semaines après le contage, des pommades antibiotiques, dans le but de les faire disparaître.

L'éducation du public et même du médecin concernant l'inutilité et la nocivité de telles applications reste à faire.

LE TEST D'IMMUNO-FLUORESCENCE

La réaction d'immuno-fluorescence généralement exécutée sur une dilution du sérum à 1/200 (*FTA 200 : Fluorescent Treponemal Antibodies*) constitue une technique très séduisante, notamment par la précocité de sa réponse ; toutefois, étant donné sa complexité, son exécution est du ressort d'un laboratoire spécialisé qui, débordé, n'en donne souvent que tardivement le résultat.

Elle n'est pas, systématiquement utilisée au dispensaire : d'une part sa fiabilité n'est pas absolue, par suite du manque de standardisation des réactifs, et d'autre part, dans un certain nombre de cas, on a pu noter que les réagines cardiolipidiques avaient été décelées avant les anticorps responsables de la positivité du test d'immunofluorescence. La possibilité de résultats faussement positifs, et le manque de spécificité obligent en fait à pratiquer parallèlement d'autres réactions sérologiques.

D'autre part, le prix de revient de cet examen est élevé. D'après la nomenclature des actes du Laboratoire, le test est généralement classé B 40, ce qui ne permet pas de l'utiliser couramment comme moyen diagnostique dans un dispensaire hospitalier.

Néanmoins, ce test pourrait avoir un rôle diagnostique important lorsque les difficultés techniques inhérentes à son emploi auront été maîtrisées.

LES REACTIONS SEROLOGIQUES CLASSIQUES

Celles-ci peuvent se positiver classiquement 45 jours après le contage. Les réponses n'en seront données que quelques jours à deux semaines après le prélèvement, selon les laboratoires.

Au dispensaire BROCCQ, sont utilisées 6 réactions (*trois d'hémolyse ou de déviation du complément, et trois de floculation*) . Si l'on fait les réserves d'usage concernant l'antigène commercialisé de Reiter, les résultats obtenus avec un bon antigène seraient très fidèles (*DAGUET n'observe qu'une fausse positivité sur 25.000*).

En cas de discordance, un **test de Nelson** est demandé, afin de préciser la réalité de l'infection. Notons les difficultés du diagnostic rencontrées chez les immigrants des pays tropicaux, qui peuvent être atteints d'une tréponématose exotique (*Béjel*, *Framboesia*, *Pinta* ...). Le diagnostic différentiel ne pourra être fait que par les renseignements anamnestiques. Or ces malades ne parlent, bien souvent, que leur dialecte, et les données qu'ils nous apportent sont très fragmentaires.

Les réactions de floculation quantitatives pratiquées systématiquement permettent, dans une certaine mesure, de suivre l'évolution de la maladie sous l'influence du traitement. En effet, grâce à ce dernier, leurs taux décroissent régulièrement, et se négativent très souvent dans les **syphilis précoces**, et quelquefois, mais beaucoup plus rarement, dans le cas de **syphilis sérologiques**.

Une ou plusieurs de ces réactions sont utilisées, dans d'autres centres, dans un but de dépistage systématique (*examen des nourrices*, *examen de la médecine du travail*, *examen prénuptial*, *examen prénatal*, *examen de la Sécurité Sociale*), ou pour prévenir le risque d'une *syphilis transfusionnelle*, contre lequel, malheureusement il n'existe actuellement aucune garantie absolue (*Docteur CHIROUZE*). Le risque est cependant -grâce à eux - très faible, et à part la syphilisation accidentelle de quelques chirurgiens se blessant par piqûres anatomiques, peu de **syphilis transfusionnelles** ont été enregistrées depuis celle, historique, et volontaire du Dr. BARGIONI le 6 février 1860.

Ces examens sérologiques revêtent une grande importance, et mériteraient d'être exécutés avec plus de constance. Sans doute existe-il, actuellement une diminution de la syphilophobie, et une trop grande confiance en la pénicilline ; mais ne sont-ce pas là justement les causes d'une augmentation du nombre des syphilis sérologiques dépistées ? Il faut sûrement, *"maintenir tous les filtres sérologiques, qui constituent un très grand facteur de diminution des tertiariases"* (HURIEZ).

Deux services examinent un nombre important de sérums dans la région parisienne : la Médecine Préventive Universitaire, et le Département de Prévention de la Caisse Primaire de la Sécurité Sociale. Ces deux organismes n'examinent pas les mêmes sujets. Le premier intéresse des adolescents et des jeunes adultes, dont l'âge est compris entre 16 et 25 ans ; le second, bien que tous les âges soient représentés, examine des adultes dont l'âge est le plus souvent postérieur à 35-40 ans.

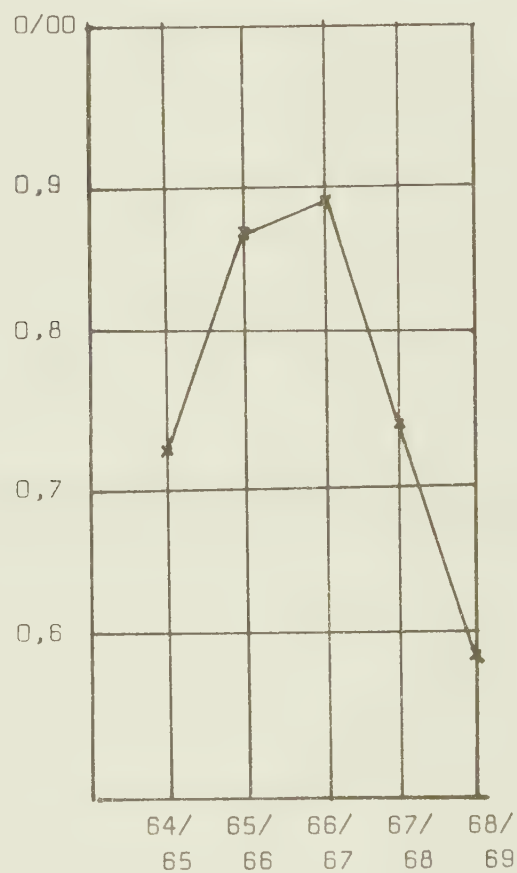
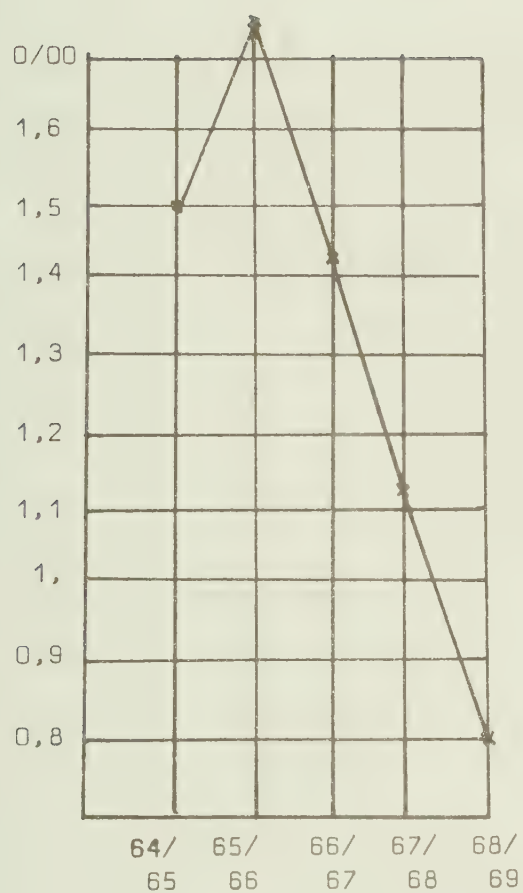
1). La Médecine Préventive Universitaire

Elle convoque pour un examen général, l'ensemble des étudiants de la région Parisienne (118.005 en 1964-65), chiffre qui augmente régulièrement pour atteindre 191.877 en 1969-1970 . Parmi ceux-ci , seuls 75% répondent à leurs convocations ; sur ces derniers, enfin 25% ne subissent pas le contrôle sérologique qui leur est proposé (*soit parce qu'ils le refusent, soit parce que leur état général justifie une contre-indication au prélèvement sanguin*).

SIGNALEMENTS

DEPISTAGES

AU CENTRE DE MEDECINE PREVENTIVE UNIVERSITAIRE
DE LA REGION PARISIENNE



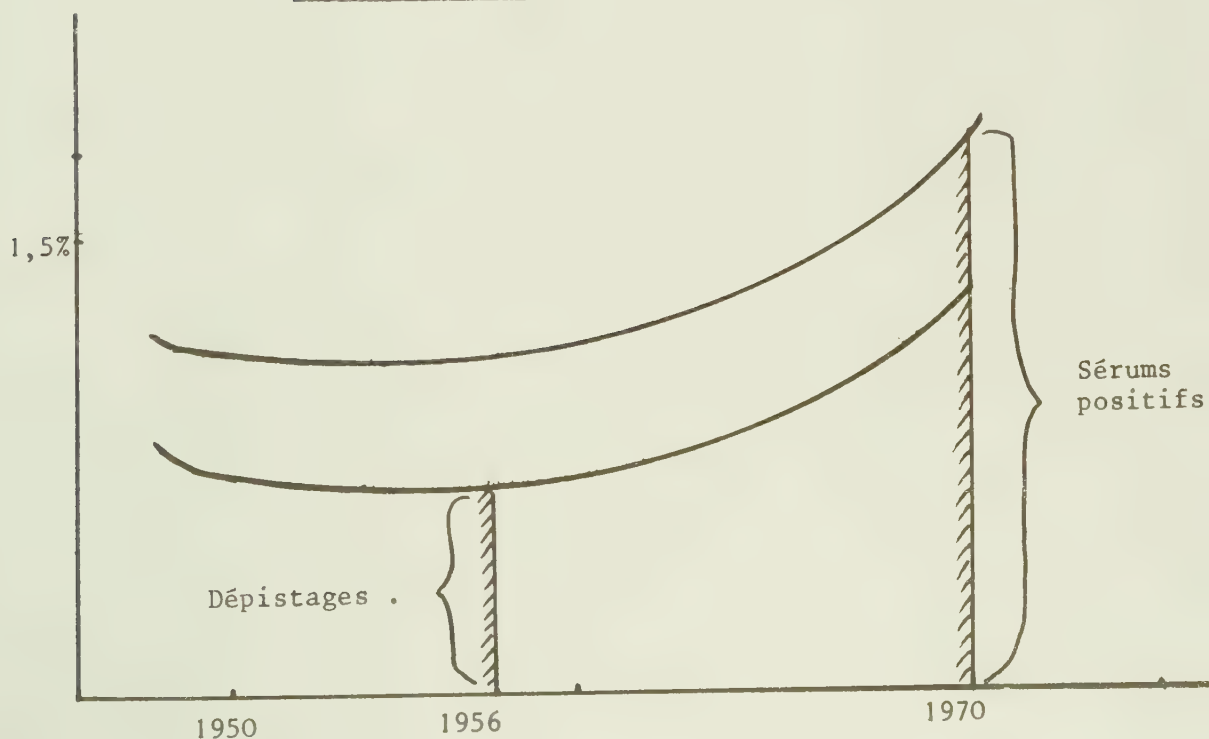
Ce centre de prévention a constaté une diminution de contamination
parmi cette population universitaire de 16 à 25 ans.

Pendant l'année 1968-1969, 0,8% des sérums examinés étaient positifs. Ces chiffres peuvent paraître assez faibles, toutefois, ils concernent des citadins universitaires, peut-être moins sexuellement précoces que la population rurale, chiffres moins élevés aussi que chez les Anglo-Saxons, très vraisemblablement parce que l'expérience sexuelle y est plus précoce qu'en FRANCE.

2). Le Service de Prévention Générale de la Sécurité Sociale de la Région Parisienne

Il a pu examiner, en 20 ans, près de 2.000.000 de sérums. Les résultats globaux de ce remarquable travail effectué sur un nombre de sujets aussi important, s'exprime dans le tableau ci-dessous :

Evolution du pourcentage de sérums positifs et des
dépietages au cours des deux dernières décennies.



Si les examens de prévention s'adressent à tous les ayants-droits des assurés sociaux, la majorité des personnes examinées sont des adultes d'âge mûr. Les examens sérologiques systématiques officiels ne s'adressent généralement plus à eux (*B.W. pré-nuptial, pré-natal, d'embauche ...*) et l'on est en droit de se demander ce qui serait advenu de ces malades si, porteurs d'une **sérologie positive**, ils ne s'étaient pas rendus à l'invitation de la Sécurité Sociale.

On assiste dans la Région Parisienne, à une très nette ascension des syphilis sérologiques. Les malades touchés par cette augmentation entre 1963 et 1970 sont des métropolitains à 48%, puis des étrangers (*en majorité des Hispano-Lusitaniens*) à 34%, enfin des Nord-Africains à 10%.

A l'heure actuelle, dans la Région Parisienne, six personnes sur 400 sont syphilitiques, et fait plus important, trois l'ignorent.

Depuis que MAHONEY en 1943 utilisa la pénicilline contre le tréponème, la syphilophobie disparut progressivement et nombre de malades et même de médecins peuvent dire actuellement, "la syphilis : connais pas " (*cf: L'enquête du Médecin Colonel MANY de 1967, précisant que la moitié des jeunes appelés, n'avaient jamais entendu parler de syphilis*).

L'utilité et la nécessité des examens de prévention n'est plus à démontrer ... dans les pays Anglo-Saxons. Combien de Tabès, de Paralysies générales, d'Aortites Syphilitiques ont été prévenus par ces examens de la Sécurité Sociale ?

La population française mal informée, accorde encore une place trop faible à la prévention, ce qui se traduit par un alourdissement des charges financières de l'ensemble de la communauté (*traitements longs et fréquents des caries dentaires chez le jeune, traitements longs et coûteux des tumeurs malignes diagnostiquées tardivement*).

Au dispensaire BROCCQ, une diminution progressive du nombre des nouveaux consultants pour syphilis précoces a été enregistrée (165 en 1963 et 70 en 1970). Les chiffres trouvés sont corroborés par ceux de la Prévention Générale de la Sécurité Sociale, puisqu'inversement, le nombre de syphilis sérologiques traitées au dispensaire est en augmentation.

. De 1963 à 1970, l'on peut relever respectivement 39, 48, 58, 44, 49, 71, 98, 72 syphilis sérologiques.

LE TEST D'IMMOBILISATION DES TREPONEMES

Il n'a été pratiqué que dans 2 à 4% des syphilis primo-secondaires diagnostiquées au dispensaire, et dans 5 à 6% des syphilis sérologiques, ce dans un but de confirmation diagnostique.

Ce test malheureusement d'un prix de revient élevé (*il est inscrit B 40 à la nomenclature*) est théoriquement éminemment spécifique. Mais sur 85 sérums confiés par un organisme de Sécurité Sociale à deux laboratoires spécialisés et officiellement autorisés à faire ce test, le Professeur agrégé M. RENOUX a relevé 5 cas où les réponses divergeaient ; dans un cas un laboratoire excluait la syphilis avec 0% d'immobilisation, et l'autre l'affirmait avec 100% d'immobilisations.

Ce test est de plus difficile d'exécution technique, et sa détection des anticorps est tardive : ceci nous amène à lui préférer des tests d'hémolyse et de floculation, sauf dans le cas où les résultats de la batterie de tests quantitatifs de micro-agglutination indiquée ci-dessus sont discordants et font suspecter une fausse positivité.

La technique du test de Nelson est délicate, et il ne devrait être exécuté que dans un nombre très restreint de laboratoires.

A ce sujet, il n'en existe que six habilités. à effectuer des réactions d'immobilisation des tréponèmes, sur l'ensemble du territoire des ETATS-UNIS d'AMERIQUE, pays où, en 1967, l'O.M.S. comptait 102.581 syphilis, et où 21.053 syphilis primo-secondaires avaient été déclarées. Or l'on sait, depuis l'étude de Arthur C. CURTIS, que peu de syphilis font l'objet d'une déclaration.

Sur une période de trois mois, les médecins américains avaient traité 13.390 patients ; or ils n'avaient déclaré que 1.576 malades pendant ce laps de temps. La même observation peut être également faite pour la FRANCE ; elle a d'ailleurs été relevée par l'O.M.S. dans un de ses récents rapports .

CHAPITRE 3

RESULTATS



De 1963 à 1968, le dispensaire a pris en charge 1.400 malades environ, traités par une cure d'attaque de 15 M. de pénicilline semi-retard précédée par 3 jours de prise de spiramycine.

Puis systématiquement, sauf en cas de contre indication, à un traitement de consolidation bismuthique fait de cures de 16 injections intra-musculaires de sels oléosolubles de bismuth, entrecoupées de périodes de repos thérapeutique de plus en plus grandes.

Les résultats sérologiques sont excellents dans les cas des syphilis primaires pré-sérologiques, puisque l'on assiste à une guérison sérologique dans tous les cas.

L'évolution sérologique a été moins rapide pour les syphilis primaires séro-positives et les syphilis secondaires, et surtout en ce qui concerne les syphilis sérologiques.

L'association spiramycine, pénicilline semi retard, bismuth, semble donner d'excellents résultats sérologiques dans la syphilis récente et éviter dans la syphilis ancienne toute reprise sérologique, mais les malades sont - *en ce qui concerne le long traitement de la syphilis* - particulièrement inconstants. En 1969 et 1970, il a traité 330 nouveaux cas, mais, pour des raisons d'éloignement, de départ en province ou à l'étranger, 46 dossiers ont été transmis sur la demande des intéressés à leurs médecins traitants.

Toutefois, un grand nombre des malades partent sans prévenir et sans laisser d'adresse ; l'enquête du service social trouve souvent là son terme.

Quelques uns, particulièrement indociles et ignorants, l'ont quitté dès le diagnostic établi, d'autres se sont fait traiter un temps beaucoup trop bref.

De plus, ont été perdus de vue 88 malades les deux dernières années, qui, non guéris sérologiquement, ont subi un traitement inférieur à 2 ans pour les syphilis primo-secondaires et inférieur à 4 ans dans le cas d'une syphilis sérologique

. Numériquement, et par ethnies, ces défections se répartissent ainsi :

	1969	1970	TOTAL	%
. Français métropolitains	17	8	25	29%
. Nord-Africains	9	11	20	23%
. Noirs-Africains	13	7	20	23%
. Européens	13	6	19	21%
. Français d'Outre-Mer.	1	1	2	2%
. Autres	2	0	2	2%
TOTAL			88	100%

Sur l'ensemble des malades qu'il a pu traiter pendant ces deux dernières années (1969-1970), le dispensaire BROCCQ a perdu de vue :

- 42% d'Européens (*en majorité des Hispano-Lusitaniens*),
- 40% de "divers" (*voyageurs, touristes, itinérants*),
- 38% d'Africains
- 29% de Nord-Africains
- 25% des Français d'Outre-Mer
- 18% des Français métropolitains.

Ces résultats décroissants s'expliquent ainsi :

. Pour les Hispano-Lusitaniens, l'absence totale de compréhension de notre langue de la plupart, une certaine insouciance, ainsi que dans une certaine mesure la mobilité de cette population, sont des facteurs les poussant à interrompre un traitement dont ils sentent mal la nécessité.

. Pour ceux classés dans les pays "divers", originaires du CHILI, du CAMBODGE, des U.S.A., ils ne font qu'une brève halte en FRANCE, ce qui explique le pourcentage important de ces malades qui la quitte avant la fin de leur traitement. Néanmoins, leur importance numérique est trop faible pour que l'on puisse en tirer des conclusions.

. Pour les Noirs, ils sont très peu stables. A l'occasion d'un B.W. systématique, une tréponématose est découverte ; mais les malades repartent bien souvent dans leur pays d'origine ou changent de domicile et d'occupation et sont perdus de vue après avoir reçu seulement une ou deux séries de médication anti-syphilitique.

l'occasion
ouverte ;
r pays
ion et sont
ou deux séries

. Pour les Nord-Africains, 29% seulement sont partis avant la fin de leur traitement. Mais comme cette population effectue de longs séjours en FRANCE, il est fort probable qu'à l'occasion d'un prélèvement sanguin, ils seront signalés à nouveau et traités dans un autre service hospitalier, à moins qu'ils ne se rendent chez un médecin de ville. Il semble toutefois que, avant les Métropolitains, les Nord-Africains se lassent de voir un traitement se prolonger, alors que les signes cliniques les amenant à consulter ont disparu.

Il s'agit, là encore, d'un défaut d'éducation du public, et la persuasion "*à chaud*" du thérapeute ne sera pas toujours opérante. Par tradition, très traumatisé par ce qui touche à la sphère génitale le Nord-Africain poursuit fidèlement et scrupuleusement son traitement tant que des signes cliniques lui sont apparents et souvent même ira voir de multiples consultants : ainsi l'interrogatoire a permis d'apprendre qu'un malade que l'on se dispose à mettre en traitement, était déjà suivi pour une syphilis primaire, par deux médecins hospitaliers et par deux autres installés en ville ; il n'avait heureusement reçu que de la pénicilline, et n'avait pas encore été traité par des métaux lourds tels que le bismuth, qui, aux doses totales qui auraient pu lui être prescrites, auraient eu une toxicité rénale certaine.

. Pour les Français d'Outre-Mer, (*Guadeloupéens et Martiniquais*) 25% partent avant la fin du traitement. S'agit-il là d'un abandon de celui-ci, ou les malades repartent-ils dans leurs régions d'origine ? Il est difficile de le dire.

. Les Métropolitains , enfin, et ce dans une proportion homme / femme égale, sont les plus fidèles, sans doute parce qu'ils sont plus instruits que les autres des risques inhérents aux maladies vénériennes ; ils se font ainsi suivre plus régulièrement, puisque 18% seulement abandonnent tout traitement.

CONCLUSIONS

Pour étudier l'épidémiologie, l'ensemble des dossiers de ces huit dernières années du dispensaire BROCCQ a été dépouillé, soit au total 1 405 dossiers. Mais une proportion non négligeable de malades y a interrompu la poursuite du traitement, malades qui sont passés à d'autres dispensaires, ou ont été perdus de vue ; il est vrai que parmi ceux-ci, ceux qui n'avaient pas été sérologiquement négativés ont pu, à la suite d'un examen systématique, être adressés à un autre centre.

On assiste, au dispensaire BROCCQ, à une diminution globale du nombre des syphilis primaires et secondaires, compensée par une augmentation importante du nombre des syphilis sérologiques. Cette baisse des syphilis récentes intéresse surtout les Français métropolitains, qui, d'ailleurs, semblent s'adresser plus facilement à des praticiens de ville ; cependant, sont restés relativement stables depuis 1966, les chiffres des syphilis secondaires chez les femmes, et des syphilis récentes chez les Hispano-Lusitaniens.

D'ailleurs, dans ces dernières années, plus de la moitié des consultants du dispensaire sont des travailleurs étrangers ; les autochtones qui formaient plus de 60% du nombre des consultants en 1963 et 1964, ne représentaient plus qu'environ

55% en 1965, 1966 et 1967, et leur pourcentage a diminué régulièrement ensuite, et est tombé à 44%. Mais cette chute est le fait, principalement d'une augmentation du nombre des malades originaires d'Afrique Noire, qui représentent maintenant 15% des malades du dispensaire, et dans une moindre mesure, du chiffre des Nord-Africains et des Hispano-Lusitaniens, qui représentent actuellement respectivement 24 et 14% des consultants au lieu de 18 et 12% en 1963.

L'on assiste à une diminution importante du nombre des contagés d'origine prostitutionnelle, et inversement; à une augmentation de ceux résultants de rapports libres (amies de rencontre ou partenaires habituels). Il n'a pas été possible de mettre en évidence une augmentation significative des contagés d'origine homosexuelle, mais leur nombre est sans doute très sous-estimé, car beaucoup de malades ne veulent pas avouer cette origine.

Les examens complémentaires couramment pratiqués au dispensaire (examen à l'ultra-microscope et sérologies classiques avec batterie de tests quantitatifs en micro-agglutinations) rendent inutiles, sauf exception, de recourir à l'immuno-fluorescence et au test de NELSON, qui sont des tests plus coûteux et dont les réponses sont communiquées plus tardivement à un dispensaire hospitalier, où prime la rapidité de mise en traitement.



BIBLIOGRAPHIE

- 1 - A. BASSET, J. MALEVILLE, J. ALT, H. BERGOEND, E. GROSSHANS, E. HEID.
Aspects actuels de la morbidité syphilitique en Alsace.
Journal de Médecine de Strasbourg 1971 n° 3.
- 2 - J. BATAILLARD (Marseille).
La morbidité vénérienne dans les Bouches du Rhône de 1966 à 1968.
- 3 - A. BAZEX, R. SALVADOR, P. CHIROUZE, B. CHRISTOL et B. LARZAK
La syphilis récente et contagieuse des donneurs de sang
(*Bulletin de la Société Française de Dermatologie. Séance du 14/12/68*).
- 4 - A. BAZEX, R. SALVADOR, A. DUPRE, M. PARANT, B. CHRISTOL ,
Réinfections syphilitiques (à propos de 45 observations).
- 5 - M. BOLGERT - *La syphilis latente . La Revue de Médecine* 8/6/1970
- 6 - E. CALAS, J. BONNET et A. FLORENT
Epidémiologie de sa syphilis. Bulletin, séances des 23,24, 25 octobre 1964
- 7 - M. CANTALOUBE Bernard
Syphilis et prostitution dans la région Toulousaine, l'Expérience T. (Thèse 1966).

- 8 - CHIROUZE Pierre
La syphilis récente et contagieuse chez les donneurs de sang
Problèmes médicaux, juridiques, épidémiologiques (Thèse 1966).
- 9 - P. COLLART
Le tréponème pale : bactériologie, étude expérimentale. La
Revue de Médecine 1/6/1970
- 10 - Arthur C. CURTIS (Michigan)
The Reported and Actual Morbidity of syphilis and gonorrhea
Archives of Environmental Health 1966 Vol 13.
- 11 - G. DAGUET

L'aide de la sérologie et de l'immunologie au diagnostic de
la syphilis . Revue du Praticien 1964, P. 1.815
- 12 - R. DEGOS
La recrudescence de la syphilis et les moyens médicaux-sociaux
d'y parer. Revue du Praticien 1964, P. 1.775
- 13 - R. DEGOS, Y. GAIGNOUX, R. TOURAINE, M. BERNARDOU, D. FRANCK,
Etude de 1.929 cas de syphilis primo-secondaires observés
à la clinique des maladies cutanées et syphilitiques de la
Faculté de Médecine de PARIS. I.N.S.R.E.M. n° 3 Juin 1968.
- 14 - R. DEGOS
Les aspects actuels de la syphilis primo-secondaire
La Revue de Médecine 8/6/70
- 15 - R. DEGOS, O. DELZANT, C. GAIDAMOUR,
Syphilis secondaire après une injection unique de 2,4 MU de
pénicilline pour une syphilis primaire pré-sérologique.
Bulletin, séance du 8/11/1968.

- 16 - O. DELZANT
Traitement de la syphilis. La Revue de Médecine 8/6/70.
- 17 - J. DULUC, LABOUCHE et J. BARREAU
*Le visage actuel de la syphilis récente dans la Marine
(II^e Région Maritime) Revue des Corps de Santé des Armées
(5/1/1964).*
- 18 - Ph. FRANCESCHINI
*Histoire naturelle du tréponème pâle et des lésions qu'il
détermine sur les téguments. La Revue de Médecine 1/6/1970*
- 19 - GRENIER
*Le dépistage de la syphilis aux examens systématiques de la
Sécurité Sociale. Etude portant sur 1.343.336 sérums
(thèse 1966).*
- 20 - Cl. HURIEZ, F. DESMONS, M. VANOVERSHELDE, J. BAELDEN
*A propos de 4.517 cas de syphilis dépistés et traités à
LILLE de 1945 à 1964.
Bulletin de la Société Française de Dermatologie et Syphili-
graphie 1965.*
- 21 - O. IDSOE, T. GUTHE et J. RIDET
Epidémiologie actuelle de la syphilis
- 22 - J. LOGAN (Ohio)
*The venereal disease problem in schools, rural areas and
among the juveniles. Archives of environmental health 1966
Vol. 13*
- 23 - LORTAT-JACOB
*Diagnostic clinique de la syphilis secondaire . Revue du
Praticien 1964*

- 24 - F.P. MERKLEN
La syphilis, son évolution générale et ses principaux problèmes. "Le pharmacien de France" 1964
- 25 - F.P. MERKLEN
Quelques précisions sur le problème actuel de la syphilis et son diagnostic biologique (Journées de Biologie clinique 1963)
- 26 - F.P. MERKLEN
Importance de la recrudescence récente de la morbidité syphilitique. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine 127ème Année
- 27 - F.P. MERKLEN et M. RENOUX
*Sécurité apportée en sérologie réaginine par l'emploi d'une batterie de réactions quantitatives de micro-agglutination de sensibilités étogées
Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie 1965.*
- 28 - F.P. MERKLEN et M. RENOUX
*Résultats sérologiques d'un traitement de la syphilis par une association spiramycine, Pénicilline, Retard, Bismuth
Communication à l'Académie de Médecine , 22 Juin 1965.*
- 29 - O.M.S.
Annuaire de statistiques sanitaires mondiales 1969
- 30 - Y. RACT
*A propos de 17 cas de mutti réinfection syphilitique.
Etude vénérologique et psychosociologique (Thèse 1970)*

31 - J. ROBERT

*Etude de la recrudescence de la syphilis d'après
l'activité d'un service de l'hôpital Saint-Louis (Thèse 1963)*

32 - R. SCHMEITZKI

*Données concernant la morbidité par syphilis en France
au cours des dix dernières années. Essais d'interprétation
(Thèse 1968)*

33 - M. SEPETJIAN, P. AVON, V. BONDET, HJ. THIVOLET (Lyon)

*Etude épidémiologique de la syphilis précoce de 1959 à
1966.*

34 - J. THIVOLET, Mme D. SALUSSOKA, M. SEPETJIAN, J.C. MONIER
(Lyon)

*La réaction d'immuno-fluorescence (F.T.A., fluorescent
treponemal antibodies)*

35 - J. THIVOLET, M. SEPETJIAN, H. PERROT (Lyon)

*La recrudescence de la syphilis, données épidémiologiques
et interprétation.*

36 - J. THIVOLET

*Diagnostic sérologique de la syphilis, principes généraux,
techniques, progrès récents, utilisation pratique. La re
Revue de Médecine 1/6/1970*

37 - R. TOURAINE et J. CIVATTE

*L'infection syphilitique ; rappel historique, bactériolo-
gique, expérimental et anatomique. Revue du Praticien
1964*

38 - G. TRAMIER et L. ODDOZE

Les réinfections syphilitiques. Presse Médicale
1/10/1966

39 - B. WEBSTER (New York)

Teaching about venereal disease and its control.
Archives of environmental Health 1966 , Vol. 13



Vu, le Président de Thèse

Vu, le doyen de la Faculté

Professeur F.P. MERKLEN

Professeur E. FOURNIER

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

G. MALLET

